

ÄNDERUNGSERKLÄRUNG

zur Mitgliedschaft im Krankenpflegeverein Pliezhausen

Hiermit teile ich folgende Änderungen mit: (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
Adressänderung		Erweiterung / Reduzierung der Mitgliedschaft auf	Familienmitgliedschaft
Änderung der Bankverbindung			Einzelmitgliedschaft

Bisherige Mitgliedschaft:			
Name:		Vorname:	
Neue bzw. geänderte Mitgliedschaft:			
Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Straße:			
PLZ, Ort:			
Telefon:		E-Mail:	
(Ort, Datum)		(Unterschrift)	

Bei Familienmitgliedschaft:	
Ehe-/Lebenspartner (Name, Vorname, Geburtsdatum)	
Kind/Kinder (Name, Vorname, Geburtsdatum)	

Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat)	
<p>Ich ermächtige den Krankenpflegeverein Pliezhausen (Gläubiger-ID: DE 96ZZZ00000400403) wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeverein Pliezhausen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p><u>Hinweis:</u> Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
Konto-Inhaber:	
Strasse:	
PLZ, Ort:	
Kreditinstitut:	
BIC:	
IBAN:	DE
(Ort, Datum)	(Unterschrift)

Bitte zurücksenden an:

**Krankenpflegeverein Pliezhausen
 Birkenweg 3
 72124 Pliezhausen**